

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ANNÉE SCOLAIRE 1918-19 — N° 44

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT
DES FISTULES URÉTRO-RECTALES

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon

Et soutenue publiquement le 28 Juin 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre LENEUTRE

Né à Remiremont (Vosges), le 3 Octobre 1892



REMIREMONT
IMPRIMERIE HENRI HAUT

1919

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LA UNIVERSITÉ DE LYON

ANNEE 1904-1905

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES FISTULES URÉTRO-RECTALES

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DES FISTULES URÉTRO-RECTALES

PAR

PIERRE LÉNEUR

CHIRURGE

DE LA FACULTÉ

PIERRE LÉNEUR

1905

PARIS

1905

PARIS

PARIS

1905



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ANNÉE SCOLAIRE 1918-19 — N° 44

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT
DES FISTULES URÉTRO-RECTALES

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon

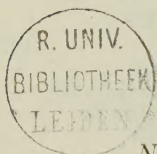
Et soutenue publiquement le 28 Juin 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre LENEUTRE

Né à Remiremont (Vosges), le 3 Octobre 1892



REMIREMONT
IMPRIMERIE HENRI HAUT

1919

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
LÉPINE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER
		ROQUE
Cliniques chirurgicales.	}	BARD
		TIXIER
Clinique obstétricale et Accouchements		BÉRARD
Clinique ophtalmologique.		FABRE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		ROLLET
Clinique des maladies nerveuses et mentales		NICOLAS
Clinique des maladies des enfants		LÉPINE (J.)
Clinique des maladies des femmes		WEIL
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		POLLOSSON (A.)
Chimie biologique		CLUZET
Chimie organique et Toxicologie.		HUGOUNENQ
Matière médicale et Botanique		MOREL
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		MOREAU
Anatomie.		GUIART
Anatomie générale et Histologie.		TESTUT
Physiologie.		X...
Pathologie interne		DOYON
Pathologie et Thérapeutiques générales		COLLET
Anatomie pathologique.		X...
Médecine opératoire		PAVIOT
Médecine expérimentale et comparée.		POLLOSSON (M.)
Médecine légale.		X.
Hygiène		ETIENNE MARTIN
Thérapeutique		COURMONT
Pharmacologie		PIC
		FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx	MM. LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires.	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique.	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile.	MOURIQUAND,	—
Déontologie et médecine professionnelle.	X....	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	BRETIN	ARLOING (F.)	THEVENOT (Lucien)
COMMANDEUR	LERICHE	GUILLEWARD	PIERY
NEVEU-LEMAIRE	THEVENOT (Léon)	POLICARD	COTTE
LAROYENNE	TAVERNIER	GARIN	DUROUX
VORON	CADE	SAVY	BONNAMOUR, char-
NOGIER	MOURIQUAND	FROMENT	gé des fonctions
LATARJET			SARVONAT id.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ROCHET, Président ; — LERICHE, Assesseur ; — MM. THÉVENOT LÉON
et DUROUX, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MÈRE

Faible témoignage d'amour filial
et d'infinie reconnaissance.

A MES FRÈRES ET SŒURS

A la Mémoire

DES MÉDECINS AUXILIAIRES

tombés sur les champs de bataille des fronts alliés.

A mon Président de thèse

M. LE PROFESSEUR ROCHET

Chirurgien Major de l'Hôpital de l'Antiquaille.

A mon Maître

M. GAYET, professeur agrégé

Chirurgien des Hôpitaux.

*Chevalier de la Légion d'Honneur
Décoré de la Croix de Guerre*

A TOUS MES MAITRES

De la Faculté de Médecine de Lyon.

A MES BRANCARDIERS

A MES ANCIENS BLESSÉS ET MALADES

AUX DAMES I. M. et S. S. B. M.

Qui facilitèrent notre tâche
dans les services hospitaliers.

MEIS ET AMICIS

En sursis d'appel, lors des événements graves de juillet 1914, nous avons rejoint le 28 juillet le 15^e bataillon de chasseurs. Nous restâmes éloigné de la vie de Faculté jusqu'en novembre 1918, date à laquelle nous fûmes désigné, par ordre ministériel, pour poursuivre nos études médicales en qualité de médecin auxiliaire, versé dans le service auxiliaire par suite de blessure.

Nous eûmes le bonheur d'obtenir Lyon comme ville de centre d'études.

A la veille d'embrasser la carrière médicale, dont la guerre vient d'être, pour beaucoup d'entre nous, un dur et sanglant apprentissage, qu'il nous soit permis d'exprimer, à tous nos maîtres de la Faculté de médecine de Lyon, notre reconnaissance et de les remercier pour l'accueil qu'ils nous ont réservé, pour les précieux enseignements qu'ils nous ont donnés et pour la réconfortante bienveillance qu'ils nous ont montrée.

Parmi Eux que M. le professeur agrégé G. Gayet veuille accepter plus spécialement l'expression de notre profonde gratitude. Après nous avoir, pendant tout un semestre passé comme aide de chirurgie, dans son service de l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, instruit par ses bons conseils, il a bien voulu nous donner l'idée première de ce modeste ouvrage.

Que M. le professeur Rochet nous permette de lui dire tout l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse. Qu'il trouve ici l'expression de notre vive reconnaissance.

MM. les professeurs agrégés Leriche, Thévenot, Duroux, ont bien voulu être nos juges, nous les en remercions et leur témoignons de notre sincère gratitude.

Nous ne saurions oublier que nos maîtres de la Faculté de médecine de Nancy, assumèrent la lourde tâche de guider nos premiers pas dans le monde médical. Nous ne saurions oublier notre vénérable maître, M. le professeur Gross, qui voulut bien nous confier le service, durant deux années, des salles 2 et 6 de son service chirurgical à l'Hôpital civil de Nancy. Nous sommes heureux et fiers d'avoir été son élève. Nous garderons fidèlement l'exemple de son dévouement professionnel.

Que nos maîtres de la Faculté de médecine de Nancy veuillent bien recevoir ici le tribut de notre reconnaissance.

Nous conservons le meilleur souvenir des camarades rencontrés dans les formations sanitaires. Nous regretterons souvent les bons moments passés parmi eux au service de garde de l'Hôpital Desgenettes.

Pourtant l'idée des absents nous vient triste et douloureuse, la générosité de leur sacrifice force notre admiration. Notre pensée émue va à ceux des nôtres qui sont tombés au cours de cette guerre. Nous nous inclinons sur leur tombe et saluons respectueusement leur mémoire.

Lyon. — Juin 1919.

P. L.

INTRODUCTION

Notre sujet, ébauché dans les ouvrages de pathologie et traité longuement dans les traités des maladies des voies urinaires, vient d'être l'objet de communications récentes ; la guerre a remis à l'ordre du jour, parmi tant d'autres si intéressantes, la question des fistules uréthro-rectales.

Nous nous bornerons à étudier plus longuement le traitement et présenterons un procédé opératoire qui a été employé avec les meilleurs résultats par notre maître, M. le professeur agrégé G. Gayet, d'où le titre donné à cette étude : *Contribution à l'étude du traitement des fistules uréthro-rectales.*

Nous nous sommes inspiré de la littérature publiée déjà sur la question, mais nous nous sommes surtout imposé de retracer ici les indications que nous avons recueillies dans la clinique de notre maître et nous avons rédigé cette étude sur ses propres conseils dans l'ordre suivant :

Après avoir indiqué la rareté relative, aussi bien en pratique militaire qu'en pratique civile, des fistules uréthro-rectales, laissant de côté l'anatomie de la région,

nous avons montré quelle pouvait être l'origine de ces fistules. Nous étudions ensuite leur anatomie pathologique aux différents points de vue, de leur siège, de leur forme, de leur aspect, de leurs dimensions.

La symptomatologie est décrite rapidement et nous amène à donner les procédés d'examen, d'exploration, capables de fortifier ou d'entraîner le diagnostic ; c'est l'objet de notre deuxième chapitre.

Puis, dans un troisième chapitre, insistant tout particulièrement sur les différents modes de traitements, retraçant les procédés opératoires, nous avons donné en dernier lieu les grandes lignes du procédé personnel de M. le Dr Gayet ; nous y avons joint trois observations inédites recueillies dans son service, tant à l'Hôpital Saint-Pothain qu'à l'Hôpital Desgenettes.

Enfin, en terminant, nous avons montré que la guérison dépendait du traitement ; celui que nous recommandons et qui dans les observations 2 et 3 présentées a amené la guérison en un temps, est une suppression d'un des orifices fistuleux par abaissement de la muqueuse à la façon d'un rideau.

CHAPITRE PREMIER

I. — Des origines des fistules uréthro-rectales.

II. — Leur anatomie pathologique.

Les fistules uréthro-rectales intéressent à la fois le canal d'évacuation de l'urine, l'urètre, en avant et le canal par où cheminent les matières fécales, le rectum, en arrière. M. le Professeur Rochet, dans sa « *Chirurgie de l'urètre de la vessie et de la prostate* », en donne la caractéristique. « C'est, dit-il, une communication de l'urètre avec l'intestin et un échange d'urine et de matières fécales qui se fait entre celui-ci et l'urètre. »

Si on veut situer les fistules uréthro-rectales dans quelque classification descriptive, on voit qu'elles se font place aux côtés des fistules uréthro-péniennes et uréthro-périnéales. Moins fréquentes que ces dernières, les fistules uréthro-rectales demeureraient des affections rares ; leur nombre est allé pourtant en augmentant sous l'influence de différents facteurs. Parmi eux, nous trouvons la pratique des sondages, autrefois la fréquence des tailles, de nos jours la pratique de la prostatectomie périnéale. La guerre, en multipliant les cas de fistules de ce genre, en permit une étude nouvelle, basée sur l'observation simultanée de plusieurs cas, sur l'évolution et le résultat opératoire de ces affections.

Nous aurions voulu donner une statistique de fréquence fondée sur les états des trois mois fournis par les centres régionaux d'urologie, mais certaines régions conservent jalousement le secret des archives et nous avons dû y renoncer. M. Legueu rapporte que Zieńbicki n'observa que 3 cas de fistules uréthro-rectales sur 18.000 malades qu'il examina au cours de sept années. M. Marion put en observer quelques cas. M. Le Fur en rapporte neuf observations. M. Richer, dans sa thèse inaugurale, en rapporte cinq observations de malades traités par M. le Chirurgien-Major Rochet, chef du Centre d'Urologie de la XIV^e Région.

En recherchant dans les archives du service de M. le Professeur agrégé Gayet, de 1912 à 1919, nous en avons trouvé trois cas ; un cas est antérieur à la guerre, les deux autres sont de cette guerre et consécutifs à des blessures.

En somme, quoique le nombre des fistules uréthro-rectales ait été accru par cette guerre, l'affection demeure assez rare.

Les fistules uréthro-rectales sont congénitales ou acquises.

Congénitales et consistant en un abouchement anormal du rectum dans l'urètre, elles trouvent mieux leur place dans une étude des malformations de l'appareil génito-urinaire ou intestinal que dans une étude comme la nôtre.

Acquises et pratiquement les seules rencontrées, les fistules uréthro-rectales trouvent une classification dans leur mode de production. Elles sont d'origine pathologique ou traumatique. Autrefois on considérait trois

sortes de fistules acquises : diathésique, inflammatoire et traumatique. Nous avons mis dans un seul groupe les fistules diathésiques et inflammatoires, celui des fistules pathologiques.

Les fistules inflammatoires étaient avant cette guerre aussi fréquentes que les fistules traumatiques. Nous avons pensé qu'il était plus normal de grouper, étant donné les idées actuelles sur l'évolution de la tuberculose et du cancer, aux côtés des fistules inflammatoires, dans un groupe unique, celui des fistules pathologiques, les fistules diathésiques.

Les fistules pathologiques trouvent leur origine dans l'évolution du néoplasme rectal, vésical, prostatique et Walker a montré que le sarcome prostatique arriverait plus facilement à créer une fistule uréthro-rectale que le carcinome.

Elles peuvent être consécutives à l'évolution d'une tuberculose localisée aux organes génito-urinaires ou à l'appareil intestinal. Les lésions inflammatoires de l'urètre et de la prostate peuvent en déterminer. Elles peuvent découler de calculs de l'urètre et de la prostate. Les cavernes prostatiques de dimensions géantes ne sont pas étrangères à leur constitution. Les lésions rectales entraînant des réactions inflammatoires, fissures, fistules ano-rectales peuvent les déterminer.

Que pour une des raisons que nous venons de donner du pus se collecte dans cette région, on conçoit que la collection cherche à s'ouvrir par les voies naturelles. En avant elle rencontre un conduit de petit calibre, l'urètre, en arrière un canal béant, le rectum, en dessous le périnée qui, distendu, n'offre plus la même résistance. Sui-

vant la localisation et l'importance de la réaction inflammatoire, la collection s'ouvrira ou par le rectum ou par l'urètre ou par le périnée ; quelquefois la collection s'ouvrira par le rectum et le périnée, d'où constitution d'une fistule uréthro-périnéo-rectale. Dans ces cas, l'abouchement fistuleux a lieu surtout par distension et insuffisance de la paroi.

Enfin il existe des fistules traumatiques qui, avant cette guerre, étaient presque exclusivement opératoires. Consécutives à des cathéterismes trop intempestifs, elles se voyaient, en dehors de celles que peut déterminer la taille périnéale ou la taille recto-vésicale à la façon d'André Vacca, à la suite de la prostatectomie périnéale dont elles devenaient une des complications graves. En 1905, M. le Professeur Rochet publiait dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires* une étude sur « Les fistules uréthro-rectales consécutives à la prostatectomie périnéale. »

Les fistules traumatiques accidentelles étaient d'une extrême rareté et se réduisaient à quelques exemples d'empalement, soit par une herse, ainsi que M. Legueu en rapporte un cas, soit par un pieu ou plus vulgairement par chute sur une pique de grille ornementale. Les fistules traumatiques accidentelles, par corps étrangers, tels que balles de fusil, étaient presque inconnues ; la guerre de 1914-1918 devait rendre ce type de fistule uréthro-rectale beaucoup plus commun. Les quelques chiffres que nous avançons au début même de ce chapitre en sont une preuve évidente. D'autre part, si les fistules uréthro-rectales deviennent fréquentes, elles accompagnent les blessures de l'urètre profond dans une propor-

tion de 80 pour cent. M. Richer écrit : « Sans vouloir tenter une statistique, nous dirons que sur quinze blessures de l'urètre profond il y a douze fistules uréthro-rectales. » (1)

II. — Anatomie pathologique.

Chaque type de fistule uréthro-rectale, pathologique (diathésique inflammatoire) et traumatique, mériterait d'être étudié dans ses aspects extérieurs, forme, dimensions, siège, tant au point de vue des orifices urétral et rectal qu'au point de vue trajet.

Qu'il s'agisse de fistule tuberculeuse ou cancéreuse, il existe généralement plusieurs trajets et le procédé d'invasion du mal en explique les causes. La fistule tuberculeuse s'est développée par l'organisation d'une ou plusieurs cavernes dans le tissu même de la prostate ou dans le tissu périprostatique d'où résulte une grande complexité dans le style du trajet. La fistule cancéreuse s'organise généralement après un léger traumatisme tel qu'un cathéterisme dans la masse néoplasique, d'autres fois elle s'organise directement par la propagation du néoplasme, que le néoplasme soit rectal, vésical ou prostatique.

Nous avons ébauché l'anatomie pathologique des fistules uréthro-rectales inflammatoires d'ordre plus bénin, en même temps que nous en avons exposé l'origine. Le trajet n'est jamais simple, il se complique de trajets secondaires borgnes ou venant s'ouvrir du côté du périnée ou du rectum. D'autres trajets réunissent les clapiers

(1) RICHER. Thèse. Lyon 1918.

entre eux. Très flexueux, le trajet envahit la masse périnéale à la façon des canaux d'une éponge. La direction est généralement oblique et ceci explique que par action de pesanteur il s'établisse un courant d'urine, de l'urètre vers le rectum, très facilité par la situation en hauteur de l'orifice urétral par rapport à l'orifice rectal. En même temps, l'obliquité du trajet explique la difficulté du passage des matières fécales du rectum vers l'urètre et la vessie, mettant en évidence pour que cette ascension soit possible deux conditions : 1° l'accumulation des matières fécales sous pression dans l'ampoule rectale ; 2° leur consistance, leur fluidité facilitant leur projection dans le trajet, par suite de la poussée gazeuse. Une autre cause détermine peut-être leur passage : on sait qu'un muscle se contractant au voisinage d'un conduit souple arrive à faire progresser un liquide contenu à l'intérieur de ce conduit. Peut-être les muscles du plancher périnéal agissent-ils de cette façon sur le trajet fistuleux au moins avant que sa rétractation fibreuse ne le mette à l'abri de toute influence statique externe. Le cheminement des matières généralement très faible peut, dans certaines circonstances, soit que le calibre du trajet soit vaste ou que les orifices soient considérables, être important. Dans une des observations de M. Richer, nous lisons qu'un malade avait une vessie remplie de matières fécales (1) et, pour reprendre ses termes, nous sommes en présence du phénomène qu'il qualifie de « Reflux des matières dans la vessie. »

Les orifices de la fistule sont uniques ou multiples ;

(1) RICHER. Thèse, Observation 7.

du côté de l'urètre ils siègent presque seulement dans l'urètre prostatique et se rencontrent au voisinage du veru montanum. La caractéristique de l'orifice urétral est d'être unique et étroit. L'orifice rectal est unique ou multiple, quelquefois même il peut être si infime qu'on n'arrive pas à le déceler. Dans l'observation n° 1 que nous donnons à la suite de cette étude, on ne parvint pas à isoler l'orifice rectal, pourtant l'écoulement d'urine existait et peut-être dans ce cas y avait-il simplement suintement anormal d'urine au travers de la muqueuse privée à la longue d'étanchéité. L'orifice rectal peut être irrégulier, enflammé et très souvent logé sous un repli de la muqueuse.

Les trajets fistuleux sont noyés dans un tissu périfistuleux, dont l'aspect microscopique est celui de bourgeons charnus, avec de nombreux capillaires, aboutissant à des nappes de cellules inflammatoires. Plus le trajet est vieux, plus le tissu interposé s'indure ; il devient un véritable obstacle, très difficile à surmonter au cours de l'intervention.

Pour les fistules urètro-rectales traumatiques consécutives à la prostatectomie, M. Rochet nous en donne les caractères : « Quand les fistules urètro-rectales ont acquis leur volume définitif après la réaction cicatricielle maxima qui les a précédées, elles excèdent rarement 7 à 8 millimètres dans le sens le plus large, un centimètre au plus, et leurs dimensions dans les autres sens sont souvent de 2 à 3 millimètres au plus. Elles ont la forme ovulaire allongée. »

Le siège de l'orifice urétral est constant puisque l'ouverture de l'urètre prostatique fait partie de la prostatectomie.

L'orifice rectal, lui, n'a pas de siège assigné : il est éloigné du sphincter, juxta-sphinctérien, quelquefois même il intéresse le sphincter lui-même.

Le trajet est oblique mais généralement simple.

Enfin les fistules urètro-rectales traumatiques de guerre se présentent à nous sous des aspects très différents et nous pouvons dire qu'elles ont autant de formes dans leurs orifices et dans le trajet que les blessures qui les déterminent.

La direction du projectile va jouer un rôle dans leur production suivant qu'il a cheminé d'avant en arrière ou d'arrière en avant ; il a pu pénétrer de haut en bas ou de bas en haut ; il a pu pénétrer en suivant un axe passant par un plan sagittal ou dans un plan oblique.

La vitesse, le calibre, vont influencer sur la forme des orifices et du trajet qui seront d'autant plus anfractueux et complexes que le projectile présentera de facettes de fragmentation et qu'il intéressera les éléments osseux.

Dans certains cas la blessure aura déterminé d'emblée une fistule, dans d'autres cas, la fistule ne sera que secondaire, déterminée par une réaction inflammatoire, consécutive à la présence d'un corps étranger, éclat d'obus, balle, fragments de vêtement, débris d'os.

Un projectile dont le passage n'est marqué que par un orifice d'entrée et un orifice de sortie peut avoir, suivant la région, causé de gros dégâts internes. Rien ne prouve qu'une plaie dont l'orifice d'entrée est à la fesse gauche et l'orifice de sortie à la racine du membre droit ne s'accompagne pas de section de l'urètre ou d'un éclatement de l'ampoule rectale. Plus généralement les téguments présentent de vastes déchirures et les organes sont pro-

fondément lésés, il peut y avoir de la perte de substance et celle-ci peut porter sur l'urètre, sur le rectum, sur le tissu interposé ; la perte de substance peut être totale ou partielle sur un certain parcours. L'urètre a pu être détruit dans sa partie prostatique. La muqueuse rectale peut manquer en avant et en arrière sur une certaine hauteur. La masse bulbo-périnéale peut être déchiquetée avec ouverture de l'urètre et du rectum dans cette brèche. Ce n'est qu'à grand peine qu'on découvrira dans cette plaie, véritable cloaque sanglant, les vestiges, l'abouchement du canal urétral et la paroi antérieure ou latérale de la muqueuse rectale.

La caractéristique de la fistule uréthro-rectale traumatique de guerre est qu'elle est produite par un corps étranger qui crée directement ou secondairement une fistule. Que les formes des orifices et du trajet sont très variées et que la lésion peut aller d'une infime à une extrême gravité.

CHAPITRE II.

I. — Symptomatologie. — Diagnostic.

II. — Procédés d'exploration et d'examen.

La caractéristique de la fistule uréthro-rectale, quelle que soit son origine, consistant dans un échange d'urine de l'urètre vers le rectum et de matières fécales et de gaz du rectum vers l'urètre, chaque fois que nous rencontrerons un malade présentant de tels symptômes, nous devons penser à une fistule intéressant l'appareil d'excrétion urinaire et l'appareil intestinal.

La présence d'urine dans le rectum, ou la perte d'urine par le rectum ne nous permettra pas d'affirmer que nous sommes en présence d'une fistule uréthro-rectale. Dans ces dernières, en effet, l'écoulement de l'urine par le rectum est limité aux mictions ; dans la fistule vésico-rectale l'écoulement d'urine est continu quand on annihile l'action du sphincter. C'est là le symptôme qui permet d'établir un diagnostic différentiel entre la fistule vésico-rectale et la fistule uréthro-rectale. Il faudra pousser l'examen jusqu'au moment où on sera absolument certain que l'urine écoulée vient au rectum, uniquement au moment des mictions, et que le rectum ne fonctionne pas à la façon d'un cloaque emmagasinant un écoulement continu ou interrompu d'urine.

La quantité d'urine écoulée sera en raison directe de

la dimension de l'orifice urétral, de l'orifice rectal et de la section du conduit fistuleux. La brèche urétrale peut être telle que le malade n'urine plus que par son rectum, dans ce cas le détournement est total. Plus généralement, le détournement de l'urine est partiel et la quantité d'urine écoulee par le rectum est en raison de la coexistence d'un trajet fistuleux périnéal. Dans ce cas c'est cette fistule qui donne le plus et il ne s'écoule que très peu d'urine par le rectum. Pourtant une observation attentive nous permettra de relever quelques symptômes qui accompagnent d'une façon constante la stagnation de l'urine. C'est d'abord, si le malade est porteur d'un pansement, l'odeur très nette d'urine qui s'en dégage ; c'est ensuite un erythème anormal de la région périanale, assez vaste quelquefois pour déborder sur la région périnéale et dont l'allure générale est celle d'une poussée eczémateuse. Quand ce symptôme, de très minime apparence, sera trouvé on devra rechercher la perte d'urine.

Abondant ou de très faible débit, le courant d'urine vers le rectum est constant, continu, dans le cas de fistule vésico-rectale, intermittent et limité aux mictions dans les cas de fistules uréthro-rectales. La pesanteur facilite l'écoulement ; la hauteur de l'orifice urétral et la résistance du trajet fistuleux influent sur la rapidité de cet écoulement.

Le courant urinaire est facilité par le dispositif même du réservoir vésical vis-à-vis de l'ampoule rectale. Le passage des matières fécales va se trouver entravé, ainsi que nous l'avons déjà vu tout à l'heure, par l'obliquité ascendante du trajet et la consistance des éléments du bol fécal. Il va devenir dès lors un symptôme inconstant.

Plus les selles seront liquides, plus il y aura de chances que des éléments de matières fécales gagnent l'urètre et soient rejetés par cette voie. Le trajet fistuleux est toujours accessible aux petits fragments de matières fécales.

On comprend aisément que les gaz, qui n'éprouvent plus du tout la même difficulté que des matières, puissent assez facilement être mis en liberté par l'urètre. L'expansion des gaz par l'urètre constitue la pneumaturie. Ce phénomène est à peu près constant dans la fistule uréthro-rectale et c'est lui qui éveille l'attention première du malade.

Le nombre des mictions sera augmenté ; nous citons, dans l'observation n° 1 de cette étude, le cas d'un malade qui urinait vingt-cinq fois en vingt-quatre heures. La miction peut s'accompagner de petites hématuries initiales et d'une gêne douloureuse. Si l'extrémité de l'orifice urétral du côté pénien est obstrué, la miction pénienne peut entièrement faire défaut.

Au début, chez le blessé, il peut se produire de la rétention qui peut demeurer un certain temps. C'est de la rétention aiguë. Il a pu s'installer un rétrécissement au niveau de la plaie urétrale et celui-ci peut déterminer de la rétention chronique.

L'examen des urines est de la plus haute importance. Elles sont généralement troubles et peuvent être teintées de rouge quand il y a de légères hématuries. Les urines prendront une allure spéciale facilement reconnaissable et seront d'autant plus troubles qu'elles contiendront une plus grande quantité de matières fécales. L'examen du sédiment permettra d'en relever facilement les traces.

Enfin l'examen de la fonction sexuelle pourra donner

de précieuses indications. Si la brèche urétrale est vaste et se complique d'une lésion des conduits éjaculateurs, un écoulement du sperme par le rectum pourra se produire. On pourra, si on le veut, procéder à la recherche du spermatozoïde. Plus généralement l'éjaculation sera modifiée et le sperme, au lieu d'être lancé, viendra baver au méat. La suppression de l'éjaculation entraîne l'impuissance. Presque toujours l'éjaculation sera douloureuse et le sperme mis en liberté sera strié de filets sanglants.

En résumé, perte intermittente d'urine par le rectum, pneumaturie, urines troubles et contenant des matières fécales, modification profonde de l'éjaculation, poussée eczémateuse et prurit au niveau de l'anus, nous permettront de poser d'une façon ferme le diagnostic de fistule urétro-rectale. Tous ces symptômes, essentiels et accessoires, peuvent être très nets, comme quelquefois plusieurs d'entre eux peuvent faire défaut, aussi devons-nous mettre en œuvre, pour fortifier notre diagnostic, les différents procédés d'explorations et d'examen qui sont à notre disposition.

Nous les citons dans l'ordre où nous les voyons employés dans le service de M. le Professeur Gayet :

- 1° passage d'une sonde ;
- 2° injection de matière colorante ;
- 3° urétroscopie et accessoirement cystoscopie ;
- 4° toucher rectal ;
- 5° rectoscopie ;
- 6° radiographie.

I. — Si le calibre urétral le permet, le passage d'une sonde renseignera sur la distance en profondeur de l'o-

rifice urétral. Si l'orifice urétral est très vaste, une sonde fine pourra être engagée dans le trajet fistuleux.

D'autres fois, un cathéterisme rétrograde après cystostomie permettra de relier la portion prostatique de l'urètre à la portion membraneuse. Si le trajet est rectiligne on arrivera quelquefois à faire émerger par l'orifice rectal une petite sonde fine introduite par l'orifice urétral.

II. — L'injection de matière colorante, qui devra toujours être pratiquée et que notre maître, M. Gayet, considère comme un temps préopératoire, peut être faite directement à l'aide d'une sonde placée dans le trajet fistuleux ou abouchée au trajet par l'orifice urétral, ou indirectement à l'aide d'une injection hypodermique. Dans le service nous nous servons comme colorant d'une solution de bleu de méthylène. Le but de cette injection est double :

1° affirmer l'existence d'une fistule, si infime soit-elle, entre l'urètre et le rectum. La présence de bleu de méthylène dans le rectum dissipe tout doute à ce sujet.

2° renseigner le chirurgien pendant l'intervention, lui indiquer l'emplacement, la forme du ou des trajets, et lui en révéler les méandres.

III. — L'urétroscopie est un procédé qui renseigne sur la situation en profondeur de l'orifice urétral, sur sa forme, sur ses dimensions, sur l'état de la muqueuse. M. Le Fur insiste tout spécialement sur l'urétroscopie qu'il signale, non seulement comme un procédé d'examen, mais comme un moyen curatif.

M. le Professeur Gayet est très partisan de la cystoscopie, que certains auteurs considèrent comme un

examen superflu et peu indispensable ; toujours elle est pratiquée dans le service, car elle renseignera sur l'état de la vessie et permettra de voir, le cas échéant, une déchirure du col dans le cas de fistule vésico-prostato-rectale.

IV. — Le toucher rectal sera pratiqué suivant la façon classique. Il renseigne sur la hauteur, sur la forme, sur le nombre, sur les dimensions de l'orifice fistuleux rectal. Ce toucher pourra rester négatif et on devra toujours craindre que l'orifice rectal n'ait été masqué par un repli de la muqueuse. La rectoscopie dissiperait le doute dans ce cas.

Le toucher rectal renseignera d'une façon certaine sur le tissu périfistuleux du bloc périnéal, sur son étendue et sur son état d'induration.

V. — La rectoscopie se pratique directement après dilatation. Elle permet de se rendre compte de visu, de la grandeur de l'orifice, de sa forme, de sa dimension, de l'état de la muqueuse environnante. La rectoscopie est le temps complémentaire de l'épreuve au bleu de méthylène, du passage d'une sonde et du toucher rectal.

Elle permet l'introduction d'un stylet avant l'intervention chirurgicale.

VI. — La radiographie doit être pratiquée. Elle renseignera sur la présence ou l'absence de corps étrangers, Elle permettra, dans l'affirmative, de les repérer, de les situer. Elle s'impose quand on est en présence de fistules traumatiques avec complications osseuses, accidentelles ou de guerre.

Les différents modes d'examen et d'exploration viennent, à l'appui des symptômes, confirmer le diagnostic,

éclairer sur l'évolution. Souvent, ils seront un auxiliaire précieux dans l'application du traitement. Aussi doit-on les appliquer méthodiquement, le diagnostic de fistule uréthro-rectale méritant toujours d'être précisé,

CHAPITRE III

I. — Traitement de la fistule uréthro rectale.

II. — Différents procédés opératoires.

III. — Procédé de M. le Pr agrégé Gayet. — Observations.

La fistule uréthro-rectale constitue une infirmité dont les conséquences sont multiples et de gravité fort inégale. Si quelquefois elles se limitent à de la gêne, de la douleur à la miction, à des poussées eczémateuses tenaces et très désagréables, consécutives au rétrécissement et à la stagnation de l'urine, d'autres fois, elles entraînent l'impuissance de l'individu qui en est porteur et c'est là, on le voit, une conséquence excessivement grave qui atteint à la fois l'individu lui-même dans ses devoirs les plus nobles et l'intérêt national, au moment où par tous les moyens on essaye d'enrayer la crise de la dépopulation.

Outre que l'affection, abandonnée à elle-même, exige des soins continus, soins de propreté, soins médicamenteux, pansements, elle entraîne, au point de vue économique, des dépenses proportionnées à la gravité et à la persistance de l'écoulement urinaire.

Toute fistule uréthro-rectale tenace et abondante qui, après bien des essais thérapeutiques, demeure rebelle, développe chez son porteur un état subjectif spécial, qui

se manifeste par de l'obsession, du marasme et de la neurasthénie.

Au point de vue militaire, la fistule urétro-rectale rend l'individu impropre au service armé et son passage dans le service auxiliaire si la fistule demeure rebelle à tout traitement, paraît s'imposer. Il est vrai que devant les exigences de la guerre, pareille affection ne fut pas toujours jugée suffisante pour motiver une mise dans le service auxiliaire ; d'autres fois, pour parer aux demandes d'effectif, cette décision, après avoir été prise, fut rapportée. Je n'en cite pour exemple que le cas de ce militaire dont nous rapportons l'histoire dans notre observation n° 2, qui, versé une première fois dans le service auxiliaire, reparti au front, en fut à nouveau évacué après avoir été repris dans le service armé. Ce malheureux fit quatre fois le voyage, jusqu'au jour où il put enfin être soigné et guéri.

Pour ces différents motifs d'ordre privé et d'ordre national, on doit par tous les moyens possibles essayer de traiter cette affection.

A-t-elle une guérison spontanée ? Ziembicki (1) le prétendait, disant que « à mesure que la suppuration avance, la rétraction des tissus donne son plein effort et la fistule aboutit à la guérison ». Actuellement, M. Cathelin (2) admet une guérison spontanée à la fistule urétro-rectale, mais seulement quand elle est infime. M. Legueu (3), dans un sens tout à fait opposé, pense que la

(1) ZIEMBICKI. Congrès de chirurgie. Paris.

(2) CATHELIN. Réunion des Chefs de Centres d'Urologie.

(3) LEGUEU. Traité chirurgical des voies urinaires.

guérison spontanée ne se rencontre jamais et la plupart des médecins spécialistes des voies urinaires pensent qu'une fistule uréthro-rectale, abandonnée à elle-même, ne guérit pas.

Un traitement s'impose donc, et dès maintenant, nous devons dire que pour produire ses effets, il devra toujours être approprié à la lésion, sans perdre de vue la cause qui a déterminé la fistule. M. Guyot (1), dans sa thèse inaugurale, considère que les fistules uréthro-rectales sont opérables ou inopérables. Les fistules inopérables sont ou trop infimes ou liées à l'évolution fatale d'une tuberculose ou d'un néoplasme. Dans ce dernier cas, le traitement sera purement palliatif. Reprenant l'idée de Ziembicki, M. Guyot distingue dans les fistules uréthro-rectales opérables, des fistules suppurées et d'autres non suppurées qui se caractérisent par une perte de substance. Cela revient à dire que dans les fistules opérables on rencontre des fistules d'origine pathologique et des fistules d'origine traumatique. Le même auteur fait précéder son traitement proprement dit d'un traitement prophylactique. Il nous semble que ce dernier s'applique surtout aux fistules d'origine pathologique inflammatoire puisqu'il se résume au traitement de toutes les causes capables d'entraîner une réaction inflammatoire, c'est à dire au traitement des rétrécissements, inflammations prostatiques, inflammation urétrale, calcul de l'urètre, calcul de la prostate, du côté de l'appareil génito-urinaire et au traitement des fissures anales, fistules ano-rectales, inflammation péri-ano-rectale du côté de l'appareil intestinal.

(1) GUYOT. Thèse. Paris 1902.

Si le traitement des fistules inflammatoires peut être précédé d'un traitement prophylactique, il semble que le traitement chirurgical de toute fistule, quelle que soit son origine, devra être précédé d'un traitement d'expectative qui, quelquefois, donnera directement des résultats ou déterminera secondairement la guérison en permettant une deuxième intervention pratiquée dans de bonnes conditions. Les éléments essentiels de ce traitement sont au nombre de trois :

1^o Détournement de l'urine.

2^o Détournement des matières fécales.

3^o Moyens capables de stimuler la cicatrisation.

I. — Le détournement de l'urine peut être obtenu de deux manières, ou par pose d'une sonde à demeure ou par cystostomie hypogastrique. Beaucoup de chirurgiens pratiquent la mise en place d'une sonde à demeure, mais cette manœuvre demande une extrême patience, un doigté sûr et malgré tout elle demeure subordonnée aux éléments : chance et temps. Actuellement on préconise surtout la cystostomie hypogastrique. M. le Médecin-Major Escat, du Centre d'Urologie de la XV^e Région, dans son rapport à la réunion des Chefs de Centre d'Urologie, limite le rôle du chirurgien en présence d'une fistule uréthro-rectale à traiter dans une ambulance de l'avant. Pour lui, le traitement consistera dans le nettoyage des plaies et la dérivation de l'urine par la cystostomie hypogastrique ; le traitement curatif étant laissé aux soins des chirurgiens de l'intérieur.

On sait que l'écoulement urinaire est d'un rôle important dans l'évolution de la fistule. Par sa qualité de flot intermittent, il entretient le calibre et par suite de la

stagnation, l'urine peut déterminer des réactions inflammatoires. Ce sont là deux facteurs qui s'opposent à la cicatrisation. Dès lors on comprend l'heureux effet de la dérivation de l'urine dans le traitement de la fistule uréthro-rectale.

II. — Si le détournement de l'urine est chose relativement facile, il n'en est plus de même des matières fécales, dont le détournement est beaucoup plus complexe. Ziembicki avec Chopart, Dupuytren, Liston, Kœnig, proposent la dilatation anale. D'autres auteurs préconisent l'introduction de mèches de gaze entre les défécations, la pose d'une sonde œsophagienne ouverte aux deux extrémités ou encore la pose d'une canule en argent. Ce sont des procédés peu pratiques, difficiles à réaliser et demandant une surveillance de chaque instant.

Le détournement total des matières fécales, par anus artificiel, ne sera employé qu'exceptionnellement et sera réservé aux fistules qui s'accompagnent d'incontinence par suite d'insuffisance ou de destruction du sphincter. Nous en présentons un exemple dans notre observation n° 3 ; le chirurgien du front ne pouvant abaisser la muqueuse rectale, pratiqua d'urgence la dérivation des matières fécales par anus artificiel.

Le procédé le plus simple et le plus facile à réaliser, pour assurer un détournement partiel des matières fécales, consistera en des lavages fréquents de l'ampoule rectale et en l'administration d'un astringent tel que l'opium.

III. L'urine étant détournée et les matières fécales évitant le trajet fistuleux par les différents moyens que nous venons de donner, on devra s'employer de hâter la cica-

trisation par des cautérisations faites au thermo ou au galvano-cautère.

Malgré tout, ce traitement ne sera généralement suivi que d'une amélioration. La fistule s'est constituée et est demeurée insensible à la vigueur du traitement et aux efforts des médecins. L'intervention locale sanglante s'impose. Son but sera d'obturer les orifices fistuleux et de détruire le trajet. Ceci nous amène à décrire les différents procédés opératoires qui ont été proposés jusqu'à ce jour pour la cure chirurgicale de la fistule urétro-rectale.

II. — Procédés opératoires.

Les méthodes proposées sont nombreuses et se groupent sous trois chefs, suivant la voie d'accès choisie par le chirurgien pour aborder la fistule. Trois voies d'accès s'offrent à lui : une voie urétrale, une voie rectale, une voie périnéale.

Les deux premières n'offrent qu'un champ opératoire très limité.

Les procédés à voie d'accès urétrale se réduisent aux cautérisation uretroscopiques. Ce traitement vient, nous l'avons dit, d'être repris par M. Le Fur, qui le présente comme un excellent agent thérapeutique.

Les procédés qui emploient comme voie d'accès la voie rectale sont beaucoup plus nombreux. Ils ont été donnés par Tillaux, Duplay, Devin, Thompson, Emmet et Segond.

Procédé Tillaux : Mise à nu de l'orifice fistuleux du côté du rectum ; on détache la muqueuse à deux centimètres au-dessus de l'orifice fistuleux, puis on l'attire en

bas « à la façon d'un tablier ». On pratique une suture de façon à ce que la lèvre inférieure de la fistule soit recouverte par la muqueuse détachée. (1)

Procédé Duplay : Dissection d'un seul lambeau d'un côté. On le suture après l'avoir rabattu sur la perte de substance. (2)

Procédé Thompson : La fistule étant consécutive à une large perte de substance, « si l'ouverture était assez large, écrit-il, pour légitimer une restauration autoplastique, il ne faudrait pas hésiter à pratiquer une opération identique à celle qui est employée pour les fistules vesico-vaginales. » (3)

Procédé Segond : En 1895, M. Segond propose un procédé opératoire encore connu sous le nom de « procédé du store », pour le traitement des fistules vagino-rectales ; ce traitement est, par analogie, applicable aux fistules uréthro-rectales. Voici en quoi il consiste :

1^o Le malade étant endormi après avoir été préalablement préparé, on dilate l'anus à l'aide des doigts de façon à éviter l'éclatement de la muqueuse.

2^o On incise par un circulaire la muqueuse anale ; cette incision demeurant distante de 2 à 3 millimètres de la région de réunion de la peau à la muqueuse. On dissèque la muqueuse dans toute la hauteur du sphincter.

3^o On pratique au doigt le dédoublement recto-urétal, qui est continué en même temps que, par des tractions légères on abaisse la muqueuse. Pendant cet abaisse-

(1) TILLAUX. Chirurgie clinique. T. II.

(2) DEVIN. In thèse — Paris 1875.

(3) THOMPSON. Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires.
— 1889.

ment, « à la façon d'un store », de la muqueuse, le cylindre rectal s'est glissé ; on le libère sur les côtés puis en arrière, jusqu'à ce que l'affrontement soit parfait.

4° On résèque la portion de muqueuse qui est sous la fistule. Cette résection a lieu dans un plan oblique de haut en bas et d'avant en arrière, passant d'une part par le bord supérieur de l'orifice rectal de la fistule et, d'autre part, au-dessus du bord postéro-supérieur du sphincter, à une distance variant avec la hauteur du siège de la limite.

5° On suture la muqueuse rectale à l'anus à l'aide de fils de soie et on draine.

Telle est l'opération que M. Segond propose pour la cure des fistules vagino-rectales. La nouveauté du procédé, quand on l'applique au traitement des fistules urétro-rectales, consiste en la suppression totale d'un des orifices fistuleux. Nous reviendrons sur le procédé, dit « procédé dustore », quand nous exposerons la technique de M. le Professeur agrégé Gayet.

Toutes ces méthodes présentent deux inconvénients : c'est d'abord l'exiguité du champ opératoire, qui rend difficile l'intervention, le travail ressemblant un peu à celui que l'on exécuterait dans un tube de calibre voisin de celui du rectum ; c'est ensuite la nécessité dans laquelle le chirurgien se trouve d'agrandir l'orifice fistuleux, de façon à se donner du jour et à réaliser l'avivement, manœuvre qui entraîne des hémorragies et compromet le sort des sutures.

Méthodes à voie d'accès périnéale

C'est à Astley Cooper que revient le mérite d'avoir donné un procédé à voie d'accès périnéale. Actuellement les procédés opératoires proposés emploient presque tous la voie périnéale.

Procédé A. Cooper : 1^o Incision en forme de croix ; l'incision verticale s'étendant de l'anus jusqu'au voisinage du bulbe ; l'incision horizontale est poussée profondément entre la glande prostatique et le rectum pour les séparer.

2^o Mise en place d'une mèche qui maintient isolé le rectum de l'urètre. (1)

Après l'intervention Cooper remarqua, lors de l'enlèvement de la première mèche, que l'urine s'écoulait par l'incision périnéale et que l'orifice fistuleux du côté du rectum s'était fermé.

Cette opération fixait deux points importants qui sont les éléments du traitement vrai des fistules uréthro-rectales : voie d'accès périnéale, isolement de l'urètre et du rectum par un tamponnement.

Procédé Dittel (2) : Le procédé est le même que celui de Cooper mais la suture d'un des deux orifices fistuleux est tentée ; la suture porte soit sur l'orifice urétral, soit sur l'orifice rectal.

Méthode Tédénat (3) : L'incision est pré-rectale avec incisions latérales postérieures, un peu obliques vers la

(1) A. COOPER. Œuvres chirurgicales Paris 1837. — Traduction Richelot.

(2) DITTEL. Vienne, 1881.

(3) TÉDÉNAT. 1907. Des fistules uréthro-rectales. Ann. des mal. des org. genito-urin. 1900.

ligne médiane, longues de 3 centimètres. On sépare le rectum de l'urètre, la séparation étant poussée au-dessus des orifices fistuleux. On suture isolément les deux orifices qui sont maintenus séparés par un paquet de gaze iodoformée.

La valeur de cette méthode est de tenter la suture des deux orifices et d'aborder les orifices fistuleux après leur mise à nu, grâce aux incisions latérales indiquées.

Procédé Tillaux : C'est le procédé de Cooper modifié, il s'attache moins à la fermeture des orifices eux mêmes qu'à leur stricte séparation. Le véritable but, écrit M. Tillaux, est de « décoller l'une de l'autre les parois urétrale et rectale et de les déplacer ensuite l'une sur l'autre de façon à changer les rapports des deux orifices urétral et rectal et d'empêcher qu'ils se communiquent vis à vis l'un de l'autre. »

L'isolement des deux orifices devient le point capital de l'intervention et les chirurgiens vont dès lors s'appliquer à modifier les rapports anatomiques pour arriver à cet isolement, d'autres le réaliseront artificiellement par des interpositions de gaze, de muqueuse, de graisse, de légument.

Procédé Ziembicki : Ziembicki propose en 1889 un procédé opératoire, dans lequel l'isolement des orifices urétral et rectal est réalisé par un mouvement de torsion, que l'on imprime au rectum, après resection préalable des parties périfistuleuses.

Voici comment Ziembicki opère :

1^{er} temps : Incision du coccyx au raphé périnéal ; incision circulaire, circonscrivant l'anus, de façon à mobiliser le rectum dans sa partie extrapéritonéale. On

assure par décollement la mobilité du rectum dans tous les sens.

2^e temps : Chaque orifice est avivé puis suturé au catgut.

3^e temps : On imprime au rectum, qui a été rendu mobile, un mouvement de rotation sur son axe longitudinal de façon à amener la paroi saine de l'intestin contre la suture de l'orifice fistuleux de l'urètre. On fixe le rectum dans cette position.

4^e temps : Mise en place d'un tamponnement ; drainage de la plaie ; sonde à demeure.

Dès son apparition, cette méthode fit craindre que la torsion du rectum n'entraîne des phénomènes d'occlusion intestinale. Ziembicki répond aux objections disant que « grâce au tissu cellulaire lâche dont est doublée la muqueuse de l'intestin, les tuniques externes glissent sur elle facilement et l'arc de cercle qu'on leur fait décrire, assez considérable, sans que pour cela la lumière du canal circonscrit par la muqueuse éprouve le moindre changement de direction ou de diamètre. »

Actuellement le procédé Ziembicki n'est pas admis comme exempt de tout danger. (Le Fur.)

Méthode Lejars : M. Lejars, en 1893, reprend cette méthode et pose les bases de l'intervention chirurgicale type, à savoir : 1^o qu'il importe de séparer très haut, au-dessus des orifices fistuleux, le rectum de l'urètre et que seule l'incision périnéale le permet ; 2^o que la suture des orifices doit être assurée ; 3^o que le périnée doit être largement laissé ouvert, de façon à ce que le bourgeonnement se produise de la profondeur vers la superficie ; 4^o que l'urine doit être dérivée et le malade constipé.

Fuller (1), en 1897, reprit le procédé de Ziembicki et, en 1908 von Oppel (2).

Procédé Rochet : L'opération en elle-même consiste en la suture des deux orifices. On en assure l'éloignement par un tamponnement spécial de mèches, qui s'oppose à ce que l'urètre et le rectum viennent en contact.

L'intervention étant rendue difficile par la fixité et la rigidité du plan périnéal, M. Rochet indique une technique par laquelle il arrive à abaisser tout le bloc périnéal.

Voici dans ses grandes lignes le procédé que M. le Professeur Rochet emploie pour désinsérer l'aponévrose périnéale moyenne (3).

Il est pratiqué « une double incision ; péri-neotomie médiane longitudinale, depuis l'ogive pubienne, sur laquelle se branche en arrière une incision curviligne, concave en arrière, bischiatique périnéale ; on peut sur le sous-pubis tracer une petite incision transversale qui facilitera le dégagement des deux lambeaux droit et gauche. »

2° L'urètre est séparé du rectum. Cette séparation se fait en deux temps : 1° section de la partie du nœud périnéal central ; 2° section des fibres uréthro-rectales.

3° On procède alors à la désinsertion ischiopubienne totale de l'aponévrose périnéale moyenne : « On coupe en travers l'urètre membraneux, de suite derrière le bulbe, immédiatement au-devant de l'aponévrose

(1) FULLER : « A new operatione procedure for the cure of recto-urethal fistule » in journal of the cutaneous and genitory diseases 1877.

(2) VON OPPEL : « Zur operationen behandlung der rekto-uretral fisteln. » Zeitschrift fur urologie, 1908.

(3) ROCHET. Lyon Chirurgical. 1916.

moyenne. Le bout antérieur de l'urètre est légèrement dégagé, y compris le bulbe, pour être récliné en haut par un aide et l'empêcher de masquer le champ opératoire.

« Le dernier temps correspond à l'attaque des attaches latérales de l'aponévrose moyenne et du transverse profond du périnée à la lèvre interne de l'ischion. Avec la rugine, en suivant l'os de près, sur toute la hauteur de la branche ischiopubienne, en arrière des racines des corps caverneux, qu'on ménage soigneusement pour ne pas être inondé de sang, on désinsère peu à peu toute la hauteur de l'attache du diaphragme uro-génital ; on sent que cette désinsertion est terminée quand le bec de la rugine tombe dans l'excavation... » « Pour achever la désinsertion du diaphragme, il ne reste plus qu'à s'occuper de sa partie supérieure et médiane, qui est sous l'ogive même sous-pubienne. La rugine ou le doigt complète, à cet endroit, la désinsertion sous et arrière le pubis ; mais à ce moment il y a ordinairement une hémorragie forte venant des grosses veines sous et rétro-pubiennes. On ne se préoccupe pas, pour l'instant, de remonter trop haut derrière le pubis et de déchirer complètement les ligaments pubio-vésicaux ; on tamponne fortement avec une mèche de gaze qu'un écarteur placé sur l'arcade sous-pubienne, maintient appliquée. L'urètre profond est désormais mobilisé sur toute la périphérie, mais il ne descend encore pas même à la traction, parce que la prostate, elle, n'est pas encore complètement libérée et le retient toujours. »

Le traitement de M. le Professeur Rochet est un traitement de choix ; grâce à la désinsertion du périnée moyen, l'intervention est pratiquée au grand jour. Dans

les mains du Maître Lyonnais il a toujours donné les meilleurs résultats ; pourtant il nous semble que la manœuvre de la désinsertion du périnée n'est pas à la portée de tous et elle demande pour être bien réussie une très grande pratique.

Procédé Young Stone ou d'Interposition musculaire : (1)

C'est le procédé le plus récemment publié et voici en quoi il consiste :

La cystostomie a été pratiquée.

Incision en raquette sur la ligne médiane allant de la région pro-anale à la jonction muco-cutanée, l'anus étant encerclé.

On libère la muqueuse rectale tout autour et au-delà de l'orifice fistuleux, jusqu'à ce qu'on puisse amener hors de l'anus la muqueuse qui se trouve au-dessus de l'orifice fistuleux et dès lors on procède comme dans l'opération de Whitead.

L'orifice urétral est atteint par la queue de la raquette. On dissèque les tissus jusqu'à ce qu'on tombe sur l'extrémité du sphincter anal que l'on sectionne. L'orifice urétral une fois repéré est suturé au catgut sans que cette suture intéresse la surface de la muqueuse.

On reconstitue ensuite le périnée place par place et on reforme le sphincter.

A ce moment on revient au rectum, dont on excise la portion de muqueuse qui porte la fistule et on fixe la muqueuse à la peau.

Trailement Le Fur :

Dans son étude « Des blessures et fistules uréthro-rec-

(1) Stone et Young. Journal of urology. June 1917.

tales de chirurgie de guerre », qu'il présenta à la Société des Chirurgiens de Paris le 5 juillet 1918, ce chirurgien expose le traitement qu'il employa dans les cas dont il présente neuf observations.

1^o Le malade qui a été constipé et préparé est dans la position de la taille périnéale. On procède à la dilatation de l'anوس au dilatateur de Trélat. Un béniqué a été placé dans l'urètre ; un stylet est introduit dans l'orifice fistuleux jusqu'à ce qu'il vienne au contact du béniqué.

L'incision est double, périnéale médiane et prérectale convexe en haut ; sa forme est celle d'un J renversé, de manière à largement exposer toute la région opératoire. On dissèque la région périnéale en la poussant vers l'urètre pour éviter le rectum ; l'urètre est décollé du rectum après une « dissection minutieuse du trajet intermédiaire de la fistule rectale. »

2^o A partir de ce moment deux traitements possibles.

Si la fistule est petite et peu importante, M. Le Fur place une ligature sur le trajet fistuleux contre la paroi rectale. L'orifice urétral est suturé ; les tissus indurés sont reséqués. On panse à plat et on suture par-dessus les tissus mous du périnée.

Si, au contraire, il s'agit d'une fistule importante, l'intervention est celle que pratique M. Rochet : suture isolée des orifices rectal et urétral et suppression de leur parallélisme par un pansement approprié.

Procédé Michon ou d'interposition de peau périnéale.

Dans ce traitement, on s'efforce d'obtenir l'isolement des orifices par l'interposition de peau périnéale. Cette peau est greffée. L'intervention n'est pas unique et le procédé demande une patience extrême, plusieurs interventions et de plus beaucoup de temps.

Procédés divers :

Nous ne faisons que les citer : ce sont ceux de M. Fiolle, qui se sert ou de l'aponévrose périnéale ou du péritoine du cul-de-sac de Douglas et de M. Vitrac, qui essaye d'interposer de la graisse.

**III. — Traitement des fistules uréthro-rectales
par le procédé de M. le Professeur agrégé
G. Gayet.**

C'est à dessein, après avoir exposé dans leurs grandes lignes les différents procédés opératoires proposés, que nous plaçons ici, le procédé simple et pratique que nous avons vu employer par notre maître, M. le Professeur agrégé Gayet dans ses services de l'Hôpital militaire Desgenettes et de l'Hôpital Saint-Pothin.

En 1902, M. Guyot(1), après avoir exposé l'intervention que Segond proposait pour le traitement des fistules vagino-rectales ou « procédé du store », applicable par adaptation au traitement des fistules uréthro-rectales, écrivait : « Cette opération, qui réussit bien dans la fistule recto-vaginale, donnerait-elle, pour la fistule uréthro-rectale, des résultats aussi complets ? Car il faut bien penser que dans celle-ci, il y a un élément éminemment nuisible, l'urine, qui en s'écoulant dans la plaie, peut empêcher sa cicatrisation et qui n'existe pas dans la première. En outre, le champ opératoire sera-t-il suffisant pour permettre la résection aussi complète que possible des tissus indurés ? Ce sont là autant de ques-

(1) Thèse. Paris 19 2.

tions auxquelles nous ne saurions répondre, la méthode jusqu'ici n'ayant eu à notre connaissance aucune application.

« Peut-être pourrait-on y adjoindre soit une incision périnéale longitudinale, soit une incision prérectale, qui permettraient d'aborder alors facilement l'espace inter-urétro-rectal, de réséquer les fistules périnéales s'il en existait, de suturer l'orifice urétral de la fistule après avivement. »

En 1908, l'Allemand Wildbolz avait publié dans les « Feuilles mensuelles d'urologie », « une méthode nouvelle pour le traitement des fistules urétro-rectales ». C'était une adaptation du procédé Segond

Enfin en 1918, M. Marion, dans son remarquable rapport sur la « Conduite à tenir dans les traumatismes de l'urètre postérieur envisagés dans la zone de l'arrière », signalait la technique de notre maître qui est une adaptation parfaite aux fistules urétro-rectales du traitement proposé par Segond pour la cure des fistules vagino-rectales.

Outre qu'il est abaissé un rideau de muqueuse rectale neuve, un des orifices est supprimé et l'intervention est rapide et simple. Les résultats obtenus par notre maître sont excellents ; deux malades traités par le procédé du store furent guéris dans un laps de temps court.

La voie d'accès est, comme dans toutes les interventions modernes proposées pour le traitement des fistules urétro-rectales, la voie périnéale. L'Interposition est assurée par l'abaissement du store de muqueuse. La resection est pratiquée largement et porte d'une part sur le tissu voisin de la fistule rectale jusqu'à un centimètre au-dessus d'elle et sur tout le tissu cicatriciel.

Le diagnostic de fistule uréthro-rectale a été vérifié et tous les moyens que nous avons relatés à la suite de la symptomatologie ont été mis en œuvre. L'injection de matière colorante est toujours pratiquée préalablement à l'opération.

Avant l'opération :

Le malade a été purgé deux jours avant l'intervention ; on lui a fait, avec de l'eau bouillie, des lavages du rectum et, trente heures avant l'opération, on l'a constipé à l'opium.

La région périnéale a été rasée, savonnée soigneusement, puis désinfectée à l'alcool et à l'éther ; toute la région a été largement badigeonnée à la teinture d'iode.

Opération :

Le malade reçoit un lavage minutieux du rectum ; l'asepsie de la région est de nouveau assurée.

La position sur la table d'opération est celle de la taille périnéale, jambes relevées et écartées par des aides ; le siège est soulevé par un coussin et débordé le rebord de la table d'opération.

Anesthésie générale à l'éther.

On place une sonde dans l'urètre.

Puis on pratique la dilatation de l'anus au dilatateur. On repère soigneusement l'orifice rectal et on y introduit un stylet que l'on pousse dans le trajet jusqu'à ce qu'il vienne au contact de la sonde introduite dans l'urètre.

Si le passage d'une sonde est arrêté on maintient la sonde dans le canal jusqu'au point où elle est arrêtée, elle fait saillir l'urètre et est facilement sentie par la pulpe des doigts de l'opérateur.

Incision : On trace simplement une incision biischiatique.

1^{er} temps : On fait une périnéotomie transversale. Les lèvres de la plaie sont écartées par des valves. La périnéotomie est poussée jusqu'à ce qu'on rencontre le stylet dans le trajet fistuleux. Ce temps opératoire est facilité par la présence du stylet et de la matière colorante.

On sectionne le trajet fistuleux transversalement et on resèque tout le tissu cicatriciel périfistuleux. Ce temps est pénible à cause de la grande rétraction des tissus.

2^e temps : L'orifice urétral, qui a été décollé de l'orifice rectal, est suluré par un point de catgut.

3^e temps : On revient alors au rectum ; on pousse plus avant le décollement de la muqueuse si ce dernier est insuffisant. On supprime l'orifice fistuleux en débridant transversalement l'orifice intra-rectal. On procède alors à la mobilisation par clivage de la muqueuse rectale que l'on tire et que l'on tend, à la façon d'un rideau, jusqu'au moment où elle est suffisamment abaissée pour être facilement fixée à la peau de l'anus. La suture de la muqueuse à la peau anale est faite juste à l'emplacement où on a excisé transversalement la muqueuse.

4^e temps : Suivant les indications, la plaie opératoire sera partiellement réunie, avec tamponnement de mèches de gaze, entre le rideau de muqueuse et la suture urétrale, ou sera complètement fermée.

On constipe le malade.

Une sonde à demeure est placée.

Pourtant, si au cours de l'intervention, le jour est insuffisant, on pourrait adapter à l'opération le temps opératoire qu'a proposé M. le professeur agrégé Gayet en 1913, pour aborder l'urètre par sa face postérieure. La libération prostatique est assurée par une incision laté-

rale ischio-coccygienne et terminée en avant par la périnéotomie longitudinale médiane. Cette voie donne un jour énorme qui peut faciliter beaucoup l'intervention.

Les observations que nous donnons à la suite de cette étude mettent assez en évidence la valeur et la sécurité du procédé de M. Gayet.

Nous avons essayé de mettre en parallèle deux procédés opératoires pratiqués tous deux dans la clinique de notre maître. Les observations 2 et 3 sont relatives à des fistules urètro rectales de guerre qui, opérées par le procédé du store, guérissent rapidement. L'observation n° 1 est l'histoire d'un malade qui fut opéré par le procédé consistant en un tamponnement d'interposition. On obtint également la guérison, mais beaucoup plus lentement.

OBSERVATION N° 1.

HOPITAL ST-POTHIN.

Service de M. le Professeur agrégé Gayet.

A... Pierre, 39 ans, cultivateur, demeurant à Semur ; entré le 11-11-12, sous le diagnostic général d'abcès urineux multiples, fistule uréthro-rectale. Ancienne pleurésie suivie d'hématuries.

12 novembre 12 : Le malade entre à l'hôpital à cause de ses abcès et surtout parce qu'il perd des urines par le rectum.

A. H. : Père décédé à 66 ans d'affection nerveuse indéterminée ; mère décédée à 60 ans d'affection cardiaque ; un frère mort de méningite à 23 ans ; il lui reste une sœur qui est bien portante.

A. P. : Le malade est marié sans enfants. Sa femme est bien portante et n'a pas eu de fausses-couches. Pas de maladie à noter dans l'enfance. Au cours de son service militaire, le malade est traité pour pleurésie gauche et presque aussitôt il eut des hématuries. Celles-ci étaient initiales ; après quelques gouttes de sang, les urines redevenaient claires. A ce moment la miction se reproduisait environ 25 fois par 24 heures. Douleur initiale ; pas de douleur rénale. Ces faits durent quatre mois environ, les hématuries n'étant pourtant pas quotidiennes.

Trois années s'écoulent et des hématuries identiques aux premières reprennent. Elles durent environ deux années et sont intermittentes.

Lors de la pleurésie, le malade avait remarqué que son testicule droit avait augmenté de volume ; le médecin militaire avait constaté une augmentation de la tête de l'épididyme droit. L'augmentation se poursuivit progressivement. La suppuration arrive et débute au testicule droit, au niveau de l'épididyme, au moment où les hématuries s'arrêtent. La suppuration continua plusieurs années. Le malade en porte la cicatrice.

Quand la suppuration du testicule cessa, le périnée durcit, devint fluctuant, finalement des fistules s'ouvrirent tout près de l'anus d'abord, puis à la partie inférieure des bourses. Un médecin ouvrit les abcès.

Pendant ce temps il y eut de nouveau des hématuries, toujours initiales. La miction est redevenue fréquente. Enfin il s'établit une fistule rectale il y a trois ans, les urines passant principalement par le rectum. Depuis cette époque il n'y a pas de changement, le malade perd abondamment à chaque miction les urines par le rectum.

La suppuration périnéale s'est tarie il y a un an. Le malade ne présente pas de siphylis et nous dit n'avoir jamais eu de blennorragie.

A l'entrée : Le malade urine cinq à sept fois pendant vingt-quatre heures. Pas de douleur à la miction par la verge. Le malade perd des urines par le rectum. La fistule située à la partie inférieure du raphé médian des bourses laisse passer, elle aussi, de l'urine. Au début, les urines qui passent par la verge contiennent du pus puis s'éclaircissent rapidement. Celles qui passent par le rectum contiennent des fragments de matières fécales.

Urètre : Ni écoulement, ni douleur, ni tumeur.

Contenu scrotal : Testicule et épидидyme normaux à gauche, à droite tête épидidymaire dure et hypertrophiée. Le pôle inférieur du testicule droit est dur, multilobé, hypertrophié, douloureux. Le cordon est un cordon en fil de fer.

Vessie : Normale et indolore. Reins et uretères normaux.

Toucher rectal : Le bas-fond vésical est blindé ; on sent une barrière fibreuse en nappe. La prostate est de volume normal.

Examen général : La température oscille entre 37° et 37°8. Le malade ne tousse pas ; il nous dit quelquefois transpirer la nuit. Il s'enrhume facilement au début de chaque hiver.

Respiration normale ; ampliation thoracique diminuée à gauche. Rien du côté du cœur.

Réflexe rotulien gauche exagéré.

Commissure labiale légèrement déviée à gauche.

Examen instrumental : la boule 13 est introduite et arrive à passer ; au retour elle accuse un ressaut à 13 centimètres. Introduction de la boule 16 qui est arrêtée par un passage infranchissable à 12 centimètres.

Rectoscopie : On ne peut arriver à découvrir la fistule.

18 novembre : Opération : Anesthésie rachidienne à la novocaïne. Le calbêter est placé dans l'urètre. Le malade étant dans la position de la taille périnéale, on pratique une incision biischiatique sur laquelle tombe une autre incision perpendiculaire et médiane suivant le raphé jusqu'à la racine des bourses. On procède à une large résection de la peau malade qui limite les fistules. Résection au ciseau de tous les tissus fongueux qui bourrent le périnée en suivant très nettement le trajet des vaisseaux périnéaux supérieurs. Le muscle recto-urétral est incisé ; on décolle l'espace pré-rectal, ce temps opératoire est particulièrement difficile en raison de la transformation cicatricielle de cet espace. On ne trouve pas nettement le trajet de la fistule ; on s'aperçoit que l'urètre est ouvert à sa partie postérieure en avant et qu'en arrière il ne subsiste plus qu'une mince muqueuse rectale. On pousse le décollement aussi haut que possible et on termine en plaçant une grosse mèche pour tenir séparés l'urètre du rectum. Une sonde placée dans la vessie ressort par le périnée (dérivation de l'urètre). On place quelques points de suture et on constipe le malade pour plusieurs jours.

20 janvier 1913 : Le malade se plaint de courbature généralisée ; la langue est saburrale. La température atteint 40°6. L'auscultation ne révèle rien du côté des poumons.

20 janvier 1913 : Une fistule périnéale restant ouverte, on fait une autoplastie à la Guyon. Le malade est endormi à l'éther. Pendant l'intervention on note que le tissu dans lequel on taille le lambeau est fortement cicatriciel, de ce fait le rapprochement en est particulièrement difficile.

8 mars 1913 : Le malade quitte le service de l'Hôpital Saint-Pothin. Il ne perd plus du tout d'urines par le rectum. Il n'en perd plus du reste depuis l'intervention du 18 novembre. Il persiste une petite fistule périnéale qui conle très peu.

Etant donné le passé médical du malade, un fragment du tissu périfistuleux avait été prélevé lors de l'intervention et envoyé à l'analyse ; la réponse fut la suivante :

Tissu fongueux autour de fistules : L'aspect histologique est celui d'un bourgeon charnu. C'est une nappe de cellules inflammatoires confluentes avec de nombreux capillaires et dans laquelle on ne voit pas de follicules tuberculeux.

OBSERVATION II

HOPITAL MILITAIRE DES GENETTES

1^{er} Service chirurgical (1^{er} Blessés)

(Service de M. le Médecin-Major de 1^{re} classe Gayet).

G.... Marius, 8^e escadron du train, classe 1914. Les parents du malade sont en bonne santé. Lui-même n'a jamais été malade. Appelé sous les drapeaux en septembre 1914 au 149^e Régiment d'Infanterie, à Epinal, il part pour le front le 2 décembre 1914 et y demeure jusqu'au 16 mai 1915, date à laquelle il est blessé par plusieurs éclats d'obus dans l'attaque de Notre-Dame-de-Lorette. Relevé vingt-six heures après sa blessure, il reçoit des soins dans différentes ambulances de l'avant et est amené par train sanitaire à l'Hôpital auxiliaire n° 103, à Tours.

Le billet d'évacuation du front porte : Blessure par E. O. à Notre-Dame-de-Lorette, pénétrant par la partie inférieure région fessière gauche, au niveau de la grande échancrure scia-

tique. Plaie de la région lombaire. Plaie du rectum et plaie de la région vésicale. Extraction d'un E. O. de la cuisse droite.

Le malade quitte l'hôpital le 27 octobre 1915 et part en congé de convalescence de trois mois. Il rentre au dépôt le 2 février 1916.

12 février 1916 : le malade est versé dans le service auxiliaire, attendu qu'il demeure une fistule alors qualifiée de vésico-rectale.

20-7-16 : le malade a été repris service armé, malgré la persistance de perte d'urine par le rectum et est envoyé au front à nouveau. Il est évacué trois jours après son arrivée sur les ambulances et le 7 août 1916, le malade arrive à l'Hôpital complémentaire n° 47 de Vichy, où fonctionne un Centre d'Urologie. Le malade en sort le 18 octobre 1916 sous le diagnostic de : « Fistule urétro-rectale. Cystite. Fistule basse située, non décelable par la cystoscopie, intéressant le col vésical ou l'urètre postérieur. Guérison de la cystite. »

22 novembre 1916 : le malade est rentré au dépôt du 53^e Régiment d'Infanterie, à Pont-St-Esprit. Il y demeure jusqu'au 26-12-16. Durant son séjour au dépôt, il passe devant une Commission de réforme qui le reverse dans le service auxiliaire. A ce moment, le malade passe dans une section automobile et de là à la 20^e Section-auto, à Paris. Il sert comme second sur les camions de charbonnages des mines de Bruay. En mars 1917, il quitte cette formation pour la T. M. 329 par B. C. M. Il en est évacué le 28 avril 1917 et dirigé sur l'Hôpital américain de St-Valéry-en-Caux. Il n'y reste que trois ou quatre jours et part pour le Centre d'Urologie de Rouen. Il y est visité par M. le Médecin-Major Pillet. Au bout d'un mois, le malade quitte le Centre sous le diagnostic : « fistule urétro-rectale, suite de blessure de guerre. »

Le malade n'a pas cessé de perdre des urines et des gaz s'échappent par la verge.

Après sept jours de permission, le malade est revenu à son

corps, d'abord à Versailles, puis au parc de Bar-le-Duc. Il repart au front comme conducteur S. X. au détachement télégraphique du 8^e génie, 40^e D. I., secteur postal 32. Puis, le 27 décembre 1917, il passe à la T. M. 520. Cette fois, le malade ne voyage plus. On note deux évacuations, la première le 28 septembre 1917, sur le service de M. le Professeur Weiss, médecin principal à l'Hôpital civil de Nancy, pour : « Phlegmon de la cuisse gauche provenant de blessure par E. O. Extraction du projectile. » Par suite du bombardement de la ville, l'Hôpital est évacué sur Vittel. Notre malade quitte cette ville avec vingt jours de permission. Il revient à la T. M. 420, d'où il est évacué une deuxième fois le 30-12-17, sur l'Hôpital auxiliaire n° 15 A (Collège ecclésiastique de la Malgrange) pour « fistule urétero-rectale. » Le malade est resté jusqu'au 22 janvier dans cette formation ; il en part avec un congé de dix jours pour Lyon.

Au cours de sa permission, le malade est hospitalisé à Desgenettes le 26 janvier 1918 sous le diagnostic de « pneumaturie et urines troubles. »

Le malade est examiné par M. le Professeur agrégé Gayet, qui porte le diagnostic de fistule vésico-urétero-rectale. L'intervention est décidée.

1^{er} février 1918 : le malade est endormi à l'éther. Une sonde est placée dans l'urètre et après dilatation de l'anus, un stylet est placé par le rectum à l'abouchement de la fistule jusque dans la vessie. On pratique la périnéotomie transversale jusqu'à ce qu'on ait rencontré le trajet fistuleux. On le sectionne et on resèque tout le tissu péri-fistuleux. L'orifice urétral trouvé est fermé au catgut. Quant à l'orifice postérieur, on le supprime. Débridement transversal de l'orifice intra-rectal. Mobilisation par clivage et dissection de la muqueuse antérieure, située au-dessus de la fistule jusqu'à ce qu'on puisse l'abaisser et la suturer à la peau de l'anus à la place de la muqueuse excisée. On a ainsi abaissé un rideau fermant la brèche rectale

de la partie antérieure de la muqueuse. La plaie est partiellement remise, tout en laissant un tamponnement épais entre le rectum et la vessie. Pose d'une sonde à demeure.

Quatre jours après l'intervention, premier pansement, la mèche est changée ; le tout est en très bon état.

21 février 1918 : on enlève la sonde.

1^{er} mars 1918 : depuis que la sonde a été retirée, le malade urine très facilement par le canal et il n'y a plus aucune communication avec le rectum.

7 mars 1918 : le malade quitte Desgenettes pour un hôpital secondaire.

Résultat éloigné :

12 mai 1919 : le hasard a mis sur notre chemin le malade opéré par notre maître, nous avons pu le visiter et il nous a dit toute la reconnaissance qu'il témoigne à M. Gayet.

Après avoir quitté Desgenettes et l'Hôpital secondaire, le malade a rejoint son corps au front et y a assuré le métier très pénible de conducteur de camion jusqu'en fin juillet 1918. Le malade est allé à Salonique. Jamais depuis son intervention opératoire le malade n'a perdu d'urine par le rectum ; il a assuré des services pénibles, peu appropriés à sa blessure, puisqu'il est conducteur de camions automobiles ; à Salonique, il a eu de fréquentes diarrhées.

Le malade vient d'être démobilisé comme blessé de guerre du service auxiliaire et il s'est marié. Il a repris les fonctions qu'il occupait avant la guerre.

OBSERVATION III

HOPITAL SAINT-POTHIN

(Salle militaire du Service de M. le Professeur agrégé Gayet)

M.... Adrien, classe 1915, soldat au 98^e Régiment d'Infanterie, 1^{re} compagnie.

Arrive le 4 mars 1919 à l'Hôpital Saint-Pothin, dans le service de M. Gayet.

A. H. : Parents en bonne santé. Le malade a un frère bien portant qui est aux armées ; enfin le malade a trois sœurs qui sont en bonne santé.

A. P. : Pas de maladie durant l'enfance ; quelques angines au cours de l'adolescence.

HISTOIRE MÉDICO-MILITAIRE. — Appelé sous les drapeaux en décembre 1914 au 98^e Régiment d'Infanterie. Après quatre mois d'entraînement, le malade part au front (6 avril 1915). Evacué une première fois le 5 janvier 1916 sur l'Hôpital de Neufchâteau pour angine, il reste en traitement un mois et rejoint son corps en campagne. Evacué une deuxième fois le 15 janvier 1918 sur l'ambulance de Benoîte-Vaux (Meuse) encore pour angine, il reste un mois en traitement et sort avec vingt jours de congé à titre de convalescence.

Le malade, après un court séjour à la Compagnie divisionnaire des Travailleurs, rejoint son bataillon et fait la campagne jusqu'au 1^{er} août 1918, date à laquelle il est atteint d'une blessure par balle.

Le blessé se trouvait en avant de la vague d'attaque quand il a été atteint ; tombé à terre, il est parvenu à se relever et a reçu aussitôt les soins du médecin auxiliaire de son bataillon. Un premier pansement est fait ; passage à l'échelon sanitaire automobile où l'injection antitétanique lui est pratiquée. De

là, le malade est dirigé sur l'ambulance 16/22, S. P. 236. Le blessé est opéré dès son arrive.

2 août 1918. Ambulance 16/22 : Le billet du front porte que le blessé est atteint de plaie profonde de la fesse gauche avec hématome scrotal par balle. Sous la signature du médecin-chef de l'ambulance on trouve les renseignements suivants : Seton par balle, orifice d'entrée fesse gauche, sortie racine cuisse droite, face antérieure. Opération pratiquée : débridement de l'orifice de la plaie de la fesse gauche qui conduit sur un éclatement de l'ampoule rectale et de l'anus. Il n'est pas possible d'abaisser la muqueuse rectale ; on procède à un anus iliaque. Blessé extrêmement choqué. Pansement quotidien.

14 août 1918 : Malade en très bonne voie Evacué par train sanitaire permanent.

Dès son arrivée à l'ambulance, le blessé avait été radiographié à l'ambulance chirurgicale automobile n° 19.

981^e examen radiologique : M..., n° 6.932, fesse gauche, région scrotale, pas de projectile (2 août 1918).

Le 15 août 1918, le malade est évacué sur l'Hôpital complémentaire n° 90 de Cosne. Très vite, le malade s'est aperçu que ses pansements sentaient l'urine. Il en fait part au médecin, qui le fait constiper, et on constate que le blessé perd bien de l'urine par la voie rectale. Un nouvel examen est pratiqué ; il fait découvrir la plaie urétrale et comme le malade ne perd d'urine qu'au moment des mictions, le diagnostic de fistule uréthro-rectale est posé.

1^{er} septembre 1918 : Le malade passe au Centre d'urologie de Chalon-sur-Saône, Hôpital temporaire n° 2. On explore le malade. Il est impossible de passer une sonde, pas plus qu'un fil conducteur. Le malade perd toujours de l'urine par son rectum déchiré.

20 février 1919 : Fistule uréthro-rectale ; anus iliaque. L'état du blessé nécessitant de nombreuses interventions qui seront faites plus utilement par le même chirurgien. M.... est évacué sur le service d'Urologie de Lyon.

21 février 1919 : A son arrivée à Lyon, le malade est dirigé, par ordre de la Section Place de Lyon, sur un service de chirurgie générale de l'Hôpital militaire Desgenettes. Le blessé est placé dans le service chirurgical de M. le Professeur agrégé Leriche. Très rapidement, le malade est envoyé à la consultation de M. le Professeur agrégé Gayet, à l'Hôpital Saint-Pothin, qui le demande dans son service en vue d'une intervention. L'autorisation d'évacuer le malade de Desgenettes sur Saint-Pothin est accordée le 31 mars 1919.

9 avril 1919 : Le malade, qui présente une fistule uréthro-rectale bien visible, après instillation de bleu de méthylène, est opéré ce jour. On procède à la périnéotomie transverse. On tombe sur le trajet fistuleux, qui est ouvert. On resèque tout le tissu qui l'entoure. On pratique l'urétrotomie externe. Ensuite, on recherche le lambeau de muqueuse rectale qui est abaissé, puis on le fixe.

Le décollement du périnée est pratiqué comme dans le premier temps de la prostatectomie. Une sonde canelée ayant été placée dans la fistule par le rectum, permet de reconnaître le trajet fistuleux et de le sectionner en travers. Il y a autour de ce trajet un épais tissu scléreux qui est difficilement reséqué. L'urètre a été rejeté en avant ; en arrière, on ramène le rectum. C'est alors qu'on abaisse en rideau la muqueuse que l'on fixe. Suture.

18 avril 1919 : Le malade va bien ; la plaie est en bon état. On place une sonde Nélaton en remplacement d'une sonde en gomme.

10 mai : La guérison de la fistule est complète. Le malade devra garder un anus artificiel iliaque définitif en raison de la disparition du sphincter anal.

Le malade part en congé de convalescence. Un mois juste s'est écoulé depuis l'intervention chirurgicale.

CONCLUSIONS

I. — Les fistules uréthro-rectales sont congénitales ou acquises. Les dernières peuvent être d'origine *pathologique*, ou *traumatique*. Les fistules pathologiques sont dues à l'envahissement de la paroi des canaux urétral et rectal, dans le cancer, la tuberculose et inflammations d'ordre plus banal.

Les fistules traumatiques sont : 1° post-opératoires ; 2° accidentelles et le résultat de blessures de guerre ; ces dernières se sont multipliées pendant la guerre récente et ont donné un regain d'actualité à la question.

II. — La symptomatologie de ces fistules est assez simple et consiste principalement, *a/* dans le passage de l'urine dans le rectum, *b/* dans le passage de gaz et de matières dans l'urètre.

Le diagnostic exact du siège du trajet de la fistule est délicat et nécessite un examen complet à l'aide d'instruments variés.

III. — Le pronostic de ces fistules varie avec la cause ; assez sombre au point de vue fonctionnel pour les fistules pathologiques et post-opératoires, il semble être meilleur pour les fistules consécutives à des blessures de guerre. Pour celles-ci, une intervention appropriée peut amener la guérison.

IV. — Le procédé opératoire qui semble donner les meilleurs résultats, c'est-à-dire une *guérison en un temps* et celui que nous recommandons, consiste à dédoubler le périnée et à supprimer complètement un des orifices fistuleux, par l'abaissement de la paroi antérieure de la muqueuse rectale après que celle-ci a été disséquée bien au-delà de l'abouchement fistuleux et qu'elle a été excisée transversalement à un centimètre au-dessus de l'orifice fistuleux rectal.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

V. ROCHET

Vu :

LE DOYEN,

L. HUGOUNENQ

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 12 Juin 1919.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

Pour le Recteur et par Délégation :

LE VICE-PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

E. DEPÉRET

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1. CATHELIN. — Réunion des chefs de centre d'urologie. 1918.
2. COOPER. — Œuvres chirurgicales. Paris 1837.
3. DEVIN. — Des fistules uréthro-rectales. (Paris. Thèse 1875.)
4. DITTEL. — Vienne, 1881.
5. ESCAT. — Traitement d'urgence des plaies de vessie et de l'urètre. Mai 1917. *Journal d'urologie*.
6. FLEURY. — Fistule urethro-rectale symptomatique d'une phthisie pulmonaire tuberculeuse. *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*. 1876.
7. FULLER. — A new opératione procedure for the treatment of recto-uretral fistula. *In journal cutaneous and genitery diseases*, 1897.
8. GAYET, CHAMPEL et FAYOL. — Un procédé pour l'extirpation large du cancer de la prostate. *Journal d'urologie*. Mars 1913.
9. GUYOT. — Des fistules uréthro-rectales. (Thèse de Paris 1902.)
10. LE FUR. — Paris surgical, 1915-1918. — Blessures uréthro-rectales. *Journal d'urologie*, 1919.
11. LEGUEU. — *Traité chirurgical d'urologie*, 1910.
11. LEJAIS. — Cure opératoire des fistules uréthro-rectales, in leçons de chirurgie.
12. MARIOT. — Rapport à la 4^e réunion des médecins-chefs de centre d'urologie, 1918. *Journal d'urologie*.
13. SCOTT. — *New York médical*. 1870, vol. 12, page 173.
14. OPPEL (VON). — Zur operationen behandlung der rektouretral fisteln in Zeitschrift fur urologie, 1908.

15. ROCHET. — Chirurgie de la vessie, de l'urètre et de la prostate. — Fistules uréthro-rectales. — In *Annales maladies, Organes génito-urinaires*, 1905. — Désinsertion aponévrose périnéale moyenne, in *Lyon chirurgical*, 1916.
16. SEGOND. — Nouveau procédé opératoire pour supprimer les fistules recto-vaginales chez les femmes dont le périnée est intact. Bulletin et mémoire. Société chirurgie de Paris, 1895.
17. TEDENAT. — Des fistules uréthro-rectales. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*. 1900.
18. THOMPSON. — *Traité des maladies des voies urinaires*. Traduction : Ed. Martin, Labaraque, Campenou, Paris, 1874, p. 281.
19. TILLAUX. — *Chirurgie clinique*, T. 2.
20. YOUNG et H. STONE. — A new operatione for recto-uretal fistula. *Journal of urology*, Inne 1917.
21. ZIEMBICKI. — Congrès chirurgie de Paris, séance 8 octobre 1889, page 285.
22. WILDBOLZ. — Ein neue methode zur Heslung von rekto-uretral fisteln. *Monat. blat, fur urologie*, 1906, t. XI page, 157.

